



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Silva, Jaslene Carlos; Alves, Cinthia Kalyne de Almeida; Oliveira, Sydia Rosana de Araujo

Cartão de Evento-Crítico: ferramenta analítica para translação do conhecimento

Saúde em Debate, vol. 43, núm. 2, Esp., 2019, pp. 10-18

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S201>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369189002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Cartão de Evento-Crítico: ferramenta analítica para translação do conhecimento

Critical Event Card: analytical tool for knowledge translation

Jaslene Carlos Silva¹, Cinthia Kalyne de Almeida Alves², Sydia Rosana de Araujo Oliveira¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S201

RESUMO Este estudo objetivou utilizar ferramenta analítica, o Cartão de Evento-Crítico (CEC), para potencializar a aplicação do conhecimento científico em promoção da saúde à tomada de decisão. Foi realizada oficina e sete entrevistas com usuários do conhecimento (representantes da gestão, usuários e profissionais de saúde) com intuito de mapear esses eventos-críticos ligados à promoção da saúde. Extraíram-se da oficina os acontecimentos ligados à promoção da saúde que marcaram a evolução da intervenção em Nova Aliança; e das entrevistas, os códigos preestabelecidos a partir da teoria presentes no CEC: actantes/atuantes, interesses, interações, mediação técnica, ações e consequências, utilizando a análise de conteúdo direcionada. Foram identificados três eventos-críticos relacionados com as ações de promoção da saúde: chegada do Programa de Agentes Comunitários (Pacs); 1º conselho local e implantação da residência multiprofissional e médica, os quais foram sistematizados de acordo com as categorias apresentadas. Observou-se que as categorias presentes possibilitaram a compreensão da intervenção e que o CEC é uma ferramenta útil que pode ajudar os tomadores de decisão a se beneficiarem dos conhecimentos científicos produzidos.

PALAVRAS-CHAVE Estratégia Saúde da Família. Promoção da saúde. Avaliação em saúde. Pesquisa médica translacional.

ABSTRACT This study aims to use analytical tool, the Critical Event Card (CEC), to potentialize the application of scientific knowledge in health promotion to decision making. A workshop and seven interviews with users of knowledge (management representatives, users, and health professionals) were conducted in order to map these critical events related to health promotion. From the workshop were extracted the events related to health promotion that marked the evolution of the intervention in Nova Aliança; and from the interviews, the pre-established codes on the theory present in the CEC: actants/actors, interests, interactions, technical mediation, actions and consequences, using directed content analysis. Three critical events related to health promotion actions were identified: the arrival of the Community Health Workers Program (Pacs); the first Local Council and the implementation of multidisciplinary and medical residency, which were systematized according to the categories presented. It was observed that the present categories made it possible to understand the intervention and that the CEC is a useful tool that can help decision-makers benefit from the scientific knowledge produced.

KEYWORDS Family Health Strategy. Health promotion. Health evaluation. Translational medical research.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.

jaslenecarlos@gmail.com

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

A necessidade de aplicar o conhecimento na prática não é um fato recente, e acompanha a evolução da humanidade. Como exemplo, têm-se os primitivos caçadores que obtiveram êxito na agricultura e que transmitiram o conhecimento prático, que foi passado de geração para geração¹. Em anos recentes, pesquisadores e governantes têm-se questionado em relação ao que se pode fazer para integrar e propiciar uma ponte efetiva entre pesquisa e prática^{2,3}. Para Dias⁴, um desafio da investigação em saúde pública é utilizar o resultado das pesquisas científicas em ações e políticas de saúde mais eficazes que atendam às reais necessidades da população.

Assim, a aplicabilidade do conhecimento na prática é reconhecida mundialmente como um fator relevante para a melhoria da assistência prestada nos serviços de saúde⁴, compreendendo que a Translação/Tradução do Conhecimento (TC) é inter-rativa e dinâmica, incluindo a síntese, a disseminação, o intercâmbio e a aplicação de conhecimento para a prática de saúde, com limites flexíveis entre criação do conhecimento e desenvolvimento das ações para produzir resultados benéficos para a sociedade^{5,6}, ou seja, representa o processo de colocar o conhecimento em ação^{5,7}.

Nas últimas décadas, percebe-se o aumento das pesquisas sobre como reduzir o fosso entre evidências-prática-política. Nesse sentido, diversos autores apontam estratégia para potencializar a TC reduzindo o hiato entre o conhecimento produzido e sua tradução na resolutividade dos problemas da área de saúde, na interface com outros setores e para progredir na ciência e prática de TC na área da saúde^{8,9}.

Um campo no qual a interface entre pesquisa e ação já é bastante consolidado é o da Promoção da Saúde (PS). Este visa capacitar as pessoas para aumentar o controle e melhorar sua saúde, sendo uma preocupação e um desafio para o campo delinear os contornos e método adequado para a pesquisa da PS¹⁰. Ao refletir sobre os dilemas práticos para a

PS, Potvin e McQueen¹¹ argumentaram sobre a necessidade de ferramentas para refletir, valorizar e reproduzir as práticas da PS.

Nesse sentido, aborda-gens capazes de captar a dinâmica das ações dos atores envolvidos, bem como as interações que se estabelecem nesse processo de transformação do conhecimento em ação são necessárias e oportunas¹². Com base na Teoria Ator-Rede (TAR), propõe-se que os elementos de uma intervenção compõem uma Rede Sociotécnica¹³, os quais criam eventos que mudam ou reforçam a trajetória de uma intervenção tornando-se marcadores de sua evolução^{14,15}. Contudo, intervenções em saúde são permeadas por controvérsias, as quais surgem de diferenças entre posições, pontos de vista, projetos sociais e políticos de vários actantes, ou qualquer outra coisa em jogo entre os envolvidos^{13,16}. Controvérsias podem desestabilizar rotinas e relações entre actantes. Chamamos de eventos-críticos aqueles que estão ligados a controvérsias, que geram consequências, e que levam à reconfiguração de uma intervenção^{17,18}.

Dessa forma, este estudo teve como objetivo utilizar ferramenta analítica, o Cartão de Evento-Crítico (CEC), para potencializar a aplicação do conhecimento científico sobre PS na tomada de decisão, com intuito de contribuir para a melhoria na qualidade de vida dos usuários do serviço.

Procedimentos metodológicos

Pesquisa avaliativa, baseada na TAR. A partir dessa teoria, capturaram-se os eventos-críticos, considerados unidade de análise do estudo. O período para realização do estudo foi de 1992, quando da implementação das ações de PS na Unidade de Nova Aliança, situada no município de Camaçari, região metropolitana de Salvador, até 2017.

Nova Aliança possui configuração ímpar por ser uma unidade escola, a partir da parceria estabelecida entre a gestão de Camaçari e a

Fundação Estatal em Saúde da Família (Fesf) do Estado da Bahia. É constituída por quatro equipes de saúde da família, composta por: médicos, enfermeiros e dentistas, os quais são residentes do primeiro ano (R1) e residentes do segundo ano (R2). Incluindo a esse grupo, temos: preceptor de enfermagem, medicina e odontologia, que trabalham 40 horas semanais diretamente com os residentes. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnicos de enfermagem, gerente da unidade, serviços gerais e administrativo compõem o quadro de funcionários do município, que se divide entre contratos, cargos comissionados e concursados.

Para construção dos dados, foram realizadas oficina e entrevistas. A oficina aconteceu com as três ACS mais antigas de Nova Aliança e teve como base a questão: ‘quais acontecimentos marcaram a história desta unidade de saúde?’, objetivando identificar os acontecimentos de PS que marcaram a Unidade.

As entrevistas aconteceram com auxílio de roteiro semiestruturado, em que as perguntas estavam relacionadas com as ações de PS implementadas na unidade, com sete usuários do conhecimento, sendo um líder comunitário (representando os usuários), um profissional da gestão (coordenador da atenção básica), um residente (médico), dois preceptores da residência (medicina e enfermagem), um servidor do

município (técnico de enfermagem) e um profissional à época da Unidade Tradicional de Saúde (enfermeira). Estes foram selecionados de acordo com o envolvimento explícito com a unidade. Ao final das entrevistas, foram apresentados os acontecimentos ligados à PS que marcaram a intervenção, identificados na oficina, podendo os entrevistados acrescentar outros acontecimentos quando achassem pertinente. É relevante trazer que a relação desses acontecimentos com a PS partia da concepção dos entrevistados do que viria a ser esse conceito.

Os dados obtidos após as entrevistas semiestruturadas foram lidos, transcritos na íntegra e analisados segundo a análise de conteúdo com abordagem direcionada, já que a TAR ofertou as bases para captura dos dados. A partir da leitura exaustiva das entrevistas e dos acontecimentos identificados, extraíram-se das falas os diversos códigos preestabelecidos a partir da teoria: actantes/atuantes, interesses, interações, mediação técnica, ações, inscrições, lugar, tempo e consequências (*quadro 1*)¹⁹. Esse movimento facilitou na identificação dos acontecimentos que se enquadravam como evento-crítico, possibilitando a aplicação do CEC. Só poderia ser considerado como evento-crítico se prenchesse todas as categorias do cartão, se tivesse causado alguma mudança na intervenção e viesse precedido por controvérsias.

Quadro 1. Categorias analíticas do Cartão de Evento-Crítico (CEC)

Categorias	Operacionalização das categorias analíticas
Actante/atuante	Pretende identificar o que está em jogo para atores específicos no evento e/ou sua perspectiva particular sobre o evento.
Interação	Indica como diferentes grupos e organizações trabalharam juntos e fizeram alterações.
Mediação	Entendida como um processo, a transformação de uma situação, que leva à redefinição do problema e às relações entre os agentes do sistema.
Ação	Identifica práticas, atividades, processos de trabalho realizados por atores no surgimento, implementação e estabilização de um evento.
Inscrição	Todos os tipos de transformação que materializa uma entidade em um sinal, arquivo, documento, pedaço de papel, traço.
Consequências	Resultados dos eventos críticos, o que foi produzido após a controvérsia, que poderia ser a restabilização ou a ruptura da intervenção.

Fonte: Oliveira et al.¹⁹.

Este estudo foi realizado seguindo os preceitos éticos definidos nas resoluções vigentes e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/Instituto Aggeu Magalhães – IAM, sendo aprovado com o CAAE 73416217.3.0000.5190.

Resultados

Com a aplicabilidade do CEC, foram identificados três eventos-críticos ligados à PS que geraram mudanças na unidade de saúde de Nova Aliança, quais sejam: Chegada do Programa de Agentes Comunitários (Pacs) em Nova Aliança; Implantação do 1º Conselho Local de Saúde; e Implantação do Programa de Residência Multiprofissional e de Medicina de Família e Comunidade.

A utilização da ferramenta permitiu a compreensão de cada evento-crítico em relação ao desenvolvimento das ações de PS. Os ‘atantes/atuantes’ que conformaram a rede na intervenção foram tanto atuantes humanos – profissionais da gestão, profissionais do Pacs, profissionais da Estratégia Saúde da Família, usuários, líderes comunitários, residentes – como não humanos: conhecimento científico, especialidades médicas, acolhimento, diálogo, conceito de PS, conselho de saúde, programa de residência, Fesf, dentre outros.

Cabe destaque a dois atuantes não humanos identificados: o programa de residência e o conceito de PS. O programa de residência por meio do processo ensino-serviço torna-se um facilitador para realização das ações de PS, discutindo o conceito de PS a partir da problematização dos determinantes sociais. Além dos determinantes sociais, a residência discute com seu corpo pedagógico formas para se ampliar o acesso, melhorando o contexto de vida na comunidade.

A residência puxa muito mais isso, porque é um local de formação, é um local que tem gente pensando sobre isso, pensando em avançar, pensando em desenvolver um sistema de saúde melhor, então quando você fica ali naquela reflexão, isso

acaba apontando para um norte, mas os servidores na caminhada acabam sendo puxados pra isso e também vão participando nisso. E3.

Esse conceito de PS trabalhado pela residência, portanto, vai bem mais além do que a ausência de doença, atuando realmente sobre os determinantes sociais, que seriam as condições de moradia, educação, saneamento básico, renda, trabalho, alimentação e lazer. Preocupe-se com os problemas socioambientais, valorizando e incentivando políticas públicas que visem à transformação social.

Percebe-se que os atuantes compartilharam suas ações para mudanças na política, prática e prestação de serviços de saúde, e agiram como usuários do conhecimento garantindo a utilização deste para a tomada de decisões.

Discussão o melhor para a comunidade, e iam em busca das melhorias. Trouxe muita melhoria pra comunidade, aconteceu até reforma, não foi? Uma pequena reforma aqui dentro, o conselho estava sim na linha de frente, buscando e vendendo essa necessidade. (Rosa).

Compreender o modo de ação das intervenções permitiu identificar os ‘interesses’ dos atuantes, podendo estes serem convergentes ou divergentes em relação a algumas ações, inclusive ações de PS, a depender do período estudado.

Foi visto que, no evento-crítico 1, havia interesses opostos entre comunidade e ACS: enquanto a primeira valorizava as unidades de saúde tradicionais e não apoavam a intervenção, os ACS possuíam interesse pelo programa, realizando várias ações sem apoio da gestão municipal ou participação de outros integrantes da equipe, agindo como um agente agregador, um nó na rede.

Observa-se que os interesses conflitantes podem ser modificados a depender das articulações estabelecidas na Rede Sociotécnica. Percebe-se que, no evento crítico 2, uma aliança entre atuantes foi conformada por comunidade, profissionais da unidade básica e do Pacs, em decorrência da ação do atuante

não humano Conselho Local de Saúde. Essa articulação foi fruto do empoderamento dos usuários e de um interesse comum: as mudanças sociais a partir da ‘interação’ entre a saúde, comunidade e outros setores. Tal afirmação fortalece a intersetorialidade e as ações de PS.

É importante frisar que nesse conselho local, a gente inseriu de forma direta, a gente inseriu a comunidade, de forma direta. (Rosa).

Esse empoderamento da comunidade ganhou solidez com o evento-crítico 3, sendo o programa de residência multiprofissional e de medicina de família e comunidade estabelecido naquele território a partir do ‘interesse’ entre a gestão municipal e a Fesf. Entretanto, a rede estabelecida foi desfeita a partir do desinteresse dos servidores da unidade, dificultando inicialmente a realização do processo de trabalho e, consequentemente, as ações de PS.

Percebe-se que a divergência de interesses está intimamente relacionada com o contexto e com o tempo. Esse processo de evolução das intervenções é caracterizado por controvérsias e por ‘mediadores’ que estabilizam a rede formada a partir destas interações. Pode-se destacar como mediadores cruciais alguns profissionais da gestão, sendo acompanhados também por suas ferramentas didáticas e tecnológicas, mediadores não humanos que facilitaram o processo de trabalho e as relações, levando à sustentabilidade da intervenção e nos avanços das ações de PS.

Ela fez o programa crescer e avançar, porque apesar do município não oferecer condições, mas ela criava situações onde a gente pudesse ser mais capacitadas, onde a gente pudesse... ela buscava junto ao Ministério da Saúde e trazia, e com isso a gente já aprendeu muito, com isso. (Orquídea).

O diálogo também foi um ‘mediador’ das relações, sendo utilizado a partir de ferramentas como: acolhimento e reunião de equipe. Alguns atores específicos, como a médica preceptora e os

novos residentes, também podem ser considerados mediadores para continuidade do processo. Com o CEC, teve-se a possibilidade de identificar os principais pontos de fragilidades para uma posterior tomada de decisão, sendo o diálogo um fator crucial na implantação de uma intervenção.

Na verdade, não foi a gente só, foi todos os profissionais da unidade. Nenhum foi colocado ‘vai chegar tal dia, vem pra botar tal coisa’, isso não aconteceu. (Girassol).

Por intermédio das interações e das mediações, portanto, foi-se melhorando as relações e estabilizando a rede de aliados, sendo, a partir destas, realizado o estabelecimento das ‘ações’ para a PS. Pode-se identificar a partir do evento-crítico 1: mapeamento de áreas e construção de mapa estatístico; sala de espera com palestras; visitas domiciliares; cadastramento de áreas; grupo de Idosos e palestras no território. Essas ações estão presentes no CEC, o que facilita no processo avaliativo dos tomadores de decisões. Entre as ações desenvolvidas relacionadas com o evento crítico 2, estavam: reuniões mensais na comunidade, levantamento de problemas na comunidade e propostas para melhoria em diversas áreas.

As ações estabelecidas em Nova Aliança com a residência foram: territorialização, cadastramento de usuários, acolhimento à demanda espontânea, visita domiciliar, organização de grupos e ações voltadas para prevenção e promoção da saúde, como: grupo de gestante, Programa Saúde na Escola (PSE), consulta coletiva etc. Independentemente de toda dificuldade encontrada, os resultados positivos do trabalho desenvolvido na comunidade pelas turmas de residência geraram impactos também no processo de formação, ampliando o olhar integral ao usuário pelos residentes e servidores. Os grupos de PS desenvolvidos traziam a participação dos usuários, sendo conduzidos, muitas vezes, por estes.

O último grupo que teve, o último encontro foi uma usuária que estava facilitando. Ela faz

karatê e ela trouxe pra o grupo, ela é faixa amarela do Karatê sei lá, alguma coisa assim. Ela trouxe para o grupo essa atividade, então ela facilitou o processo. Então, é uma coisa que a gente busca, é paulatino, mas é uma coisa que a gente busca. A ideia é exatamente essa, é que depois os usuários possam eles mesmos, elas mesmo tocarem o grupo e tendo uma independência maior das unidades de saúde. E1.

Além das ações avaliadas, é pertinente trazer que toda mudança leva a ‘consequências’, o que nos diz o quanto importante foi determinado programa. Como ‘consequência’ para intervenção a partir do evento-crítico 2, tivemos: um maior fortalecimento do controle social, melhorias (reforma) para unidade de Nova Aliança a partir das articulações do conselho e um fortalecimento da comunidade para mudanças sociais. A categoria consequência também foi avaliada no estudo, sendo identificada com a chegada do Pacs: aumento de cobertura vacinal em crianças, melhora nas condições de saúde da população e maior organização do processo de trabalho do Pacs.

Reduciu muito os casos de sarampo, de paralisia infantil, muito, muito mesmo. A gente foi muito parabenizado por isso. (Girassol).

Por fim, as ‘consequências’ descritas no CEC geradas pelo evento-crítico 3 foram inúmeras. Uma das mais importantes foi a mudança de modelo assistencial após a chegada da residência, rompendo com um modelo vigente há mais de 30 anos, aperfeiçoamento no processo de trabalho, melhorando o acolhimento aos usuários, melhora nos níveis de saúde daquela população e uma maior integração com a comunidade.

Discussões

O estudo objetivou mostrar a utilização de uma ferramenta analítica para identificação e análise de eventos críticos, e o potencial desta

para a aplicação do conhecimento científico na tomada de decisão. Constatou-se que as categorias analíticas baseadas na TAR formam um conjunto de elementos potentes para entender a complexidade das intervenções e explicar o processo de TC, sendo uma abordagem interativa e flexível, conforme tem sido preconizado pelos estudos de TC^{20,21}. Concebe-se que a TC é um sistema de ações que operam com Rede Sociotécnica que produzem inovações, criam e reconfiguram as ligações entre atuantes²².

Observando os achados referentes aos actantes/atuantes, percebe-se que a criação de redes e a construção de ‘cooperações efetivas’ fortaleceram as relações entre os envolvidos, criando níveis que permitiram a aplicação de conhecimentos relacionados à PS^{14,23}. O uso da TAR possibilitou o reconhecimento de actantes que se relacionam em Rede Sociotécnica. Estes actantes não são apenas os envolvidos tradicionalmente no processo de construção do conhecimento, como os usuários já elencados pela literatura, mas um conjunto de entidades que, no geral, não são consideradas.

Cabe destaque para o atuante não humano: conceito de PS. Analisando-o, observa-se a relação que as intervenções possuem com o tempo e o espaço em que ela se desenvolve. De acordo com Latour²⁴, o fato de esse conceito ser rastreado, gerando traços e marcas na intervenção, o tornam um não humano na rede, estando este estudo de acordo com o que a teoria aborda. O foco inicial da PS ligado à prevenção de doença e à evolução do conceito para o foco dos determinantes sociais nos traz consequências nas implementações das ações de promoção e nas redes construídas a partir de cada abordagem. Valorizar esse achado, o próprio conhecimento, os recursos tecnológicos e todo o conjunto de atores não humanos interagindo e agindo dentro da intervenção facilita a TC.

O conhecimento ocorre em um fluxo ativo e multidirecional de informações²⁵, em que as interações e as trocas se estabelecem entre uma ampla gama de interessados; compreendendo tal aplicabilidade na intervenção, a

partir da interação complexa entre todos os atuantes do processo, com múltiplos fatores determinando e interferindo como o conhecimento baseado em pesquisa encontrado no caminho para a prática²⁶.

Compreender as intervenções a partir da TAR possibilitou conectar universos inicialmente distantes, negociando interesses na (re) configuração das suas identidades e relações, percebendo a TC como um ente distinto. As interações evidenciadas nos eventos-críticos foram produto de alianças que interferem e sofrem interferência de relações que são alinhadas em virtude de objetivos comuns²⁷.

Os mediadores aqui identificados foram capazes de transformar, traduzir, distorcer e modificar os significados²⁸, potencializando as ações dentro de um universo, de uma rede constituída de uma heterogeneidade de mediadores. Na ocorrência das ações decorrentes dos eventos-críticos, foi indispensável a medição do ‘diálogo’, por exemplo, que permitiu a criação de vínculos que não existiam²⁹.

Assim, compreendem-se que a ferramenta analítica CEC pode colaborar para o ciclo de ação ou aplicação proposto por Graham, pois permite compreender as intervenções, suas interações com o contexto local, bem como as possíveis barreiras e facilitadores no processo de tradução desse conhecimento para a prática clínica^{18,30}. A necessidade do uso de ferramentas que traduzam os resultados das investigações em linguagem e formatos direcionados para a tomada de decisão deve ser um preceito adotado pelos usuários do conhecimento. Sabe-se que o uso de estratégias garante uma pesquisa mais relevante e melhor utilização dos resultados da investigação, bem como propiciam a ampliação da rede de aliados.

É oportuno explicitar ainda que a pesquisa translacional é útil para tomadores de decisão se beneficiarem dos conhecimentos científicos produzidos³¹, avaliando para além da eficácia das intervenções. Compreende-se também como fatores podem potencializar os usos dessas intervenções em contextos reais³². Esse campo envolve ainda colaboração entre todos os usuários do conhecimento, incluindo

pesquisadores (dentro e entre as disciplinas), decisores políticos e gestores, prestadores de cuidados de saúde e consumidores (ou seja, pacientes, familiares e cuidadores informais)^{8,33}.

Outro ponto que pode ser destacado é que se pode melhorar o potencial de aprendizagem das organizações, permitindo-lhes assimilar e aplicar o conhecimento³⁴. Como aponta Proctor et al.³⁵, é necessário, para efetivar a pesquisa translacional, tanto um corpo de pesquisa e teoria que informe processos de implementação eficazes quanto a força de trabalho de pesquisa capaz de conduzir estudos rigorosos e relevantes.

Considerações finais

Compreende-se que, ao analisar ferramentas analíticas como o CEC, pode-se encontrar caminhos para aplicação de conhecimento e, consequentemente, melhorar a utilização de resultados de pesquisa na prática. Desse modo, salienta-se que a ciência de implementação tem uma relevância prática. Nesse sentido, o alcance desta discussão está em superar as poucas pesquisas realizadas na América Latina e em convocar os diversos atores no cenário nacional, no que diz respeito à pesquisa translacional, a estabelecer um olhar distinto para a aplicação do conhecimento que possa melhorar os resultados de saúde.

Colaboradores

Silva JC (0000-0002-1210-9121)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Alves CKA (0000-0001-8870-7972)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados. Oliveira SRA (0000-0002-6349-2917)* contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e a aprovação da versão final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Krieger E. A Hipertensao e a Cardiologia Translacional. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*. 2018; 28(1):20-25.
2. Martínez-Silveira MS. "Knowledge translation" na área de saúde. In: X Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação; 2016; Salvador. Salvador: PPGCI/UFBA; 2016. p. 4913-4930.
3. Barbosa L, Pereira Neto A, Barbosa L, et al. Ludwik Fleck (1896-1961) e a translação do conhecimento: considerações sobre a genealogia de um conceito. *Saúde debate [internet]*. 2017 [acesso em 2019 abr 5]; 41:317-29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500317&lng=pt&tlang=pt.
4. Dias S, Gama A, Mendão L, et al. Como potenciar a produção e translação de conhecimento na investigação participativa? A experiência de um projeto na área do VIH. *SIDA*. 2016; 15:47-52.
5. Canadian Institutes of Health Research. Guide to Knowledge Translation Planning at CIHR: integrated and End-of-Grant Approaches [internet]. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research; 2012. [acesso em 2018 out 29]. Disponível em: www.cihr-irsc.gc.ca.
6. Tetroe J. Knowledge Translation at the Canadian Institutes of Health Research: a Primer. *Focus*. 2007; 18:1-8.
7. Straus SE, Tetroe J, Graham I. Defining knowledge translation. *CMAJ [internet]*. 2009 [acesso em 2018 out 11]; 181(3-4):165-168. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19620273>.
8. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, et al. Knowledge translation of research findings. *Implementation Sci.* 2012; 7:50.
9. Kitson A, Brook A, Harvey G, et al. Using Complexity and Network Concepts to Inform Healthcare Knowledge Translation. *Kerman Univ Med Sci [internet]*. 2017 [acesso em 2018 out 30]; 7(3):231-243. Disponível em: <http://ijhpm.com>.
10. Squires JE, Graham ID, Hutchinson AM, et al. Identifying the domains of context important to implementation science: a study protocol. *Implement Sci [internet]*. 2015 [acesso em 2015 out 8]; 10(1):135. Disponível em: <http://www.implementationscience.com/content/10/1/135>.
11. Potvin L, McQueen DV, Hall M. Introduction, Aligning Evaluation Research and Health Promotion Values: practices from the Americas. In: Potvin L, McQueen DV, editores. *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas: values and research*. New York: Springer; 2008. p. 1-9.
12. Mantoura P, Potvin L. A realist-constructionist perspective on participatory research in health promotion. *Health promot. internation*. 2013; 28(1):61-72.
13. Figueiro AC, Araújo OSR, Hartz Z, et al. A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. *Int J Public Health*. 2017; 62(2):177-186.
14. Potvin L, Clavier C. La théorie de l' acteur-réseau. In: Aubry F, Potvin L, editores. *Construire l'espace socio-sanitaire: expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2012. p. 75-98.
15. Pluye P, Potvin L, Denis JL. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Eval Program Plann [internet]*. 2004; 27(2):121-33. [acesso em 2019 nov 15]. Disponível em: <http://www.equitantesante.org/wp-content/uploads/2015/07/1.-Pluye-Potvin-Denis-2004-EPP.pdf>.
16. Pluye P, Potvin L, Denis JL, et al. Program sustainability begins with the first events. *Eval Program Plann*. 2005; 28(2):123-137.
17. Latour B. *Reassembling the social: an introduction to actor-network theory*. Oxônia: Oxford University Press; 2005.
18. Oliveira SRA. Sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família: o caso de um município baiano. [tese].

- Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2014. 143 p.
19. Oliveira SRA, Medina MG, Figueiró AC, et al. Strategic factors for the sustainability of a health intervention at municipal level of Brazil Fatores estratégicos para a sustentabilidade de uma intervenção na saúde em nível municipal no Brasil Factores estratégicos para la sostenibilidad de una interv. Cad. Saúde Pública [internet]. 2017 [acesso em 2017 ago 4]; 33(7). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00063516.pdf>.
 20. Figueiró AC, Oliveira SRA, Hartz Z, et al. A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. Int J Public Health. 2017; 62(2):177-186.
 21. Paley J, Eva G. Complexity theory as an approach to explanation in healthcare: a critical discussion. Int J Nurs Stud [internet]. 2010 [acesso em 2018 out 30]; 48:269-279. Disponível em: www.elsevier.com/ijns.
 22. Tenbensel T. Complexity in health and health care systems. Soc Sci Med [internet]. 2013 [acesso em 2018 out 30]; 93:181-184. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.017>.
 23. Aubry F, Potvin L. Construire l'espace socio-santaire: expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé. Montreal: Presses de l'Université de Montréal; 2012.
 24. Latour B. Como prosseguir a tarefa de delinear associações? Configurações. 2006; 2: 11-27.
 25. Jacobson N, Butterhill D, Goering P. Developing a framework for knowledge translation. J. Health Sci Res Policy. 2003; 8:94-9.
 26. Oliveira SRA. Redes sociotécnicas e translação do conhecimento. Anais do IHMT. 2018; 17: supl. 2. p. 97-104.
 27. Callon M. Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. In: Law J, editor. Power, action and belief: a new sociology of knowledge? [internet]. London: Routledge; 1986. p. 196-223. [acesso em 2017 jul 25]. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.614.3046&rep=rep1&type=pd>.
 28. Latour B. A esperança de Pandora. Bauru: Edusc; 2001.
 29. Bursztyn DC, Delgado PG, Costa D, et al. Conhecimento Compartilhado e Estratégias Colaborativas de Pesquisa na Atenção Psicossocial Research Strategies in Psychosocial. ECOS. 2016; 7(1):68-77.
 30. Park JS, Moore JE, Sayal R, et al. Evaluation of the "Foundations in Knowledge Translation" training initiative: preparing end users to practice KT. Implement Sci [internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 14]; 13(1):63. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-018-0755-4>.
 31. Siron S, Dagenais C, Ridde V. What research tells us about knowledge transfer strategies to improve public health in low-income countries: a scoping review. Int J Public Health [internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 13]; 60(7):849-863. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s00038-015-0716-5>.
 32. Nyström ME, Karlton J, Keller C, et al. Collaborative and partnership research for improvement of health and social services: researcher's experiences from 20 projects. Heal Res. policy Syst. [internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 14]; 16(1):46. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29843735>.
 33. Peters DH, Tran NT, Adam T. A practical guide implementation research in health @who [internet]. 2013. [acesso em 2018 ago 13]. Disponível em: www.who.int.
 34. Proctor EK, Landsverk J, Baumann AA, et al. The implementation research institute: training mental health implementation researchers in the United States. Implement Sci [internet]. 2013 [acesso em 2018 ago 14]; 8(1):105. Disponível em: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-8-105>.

Recebido em 16/04/2019

Aprovado em 11/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Supporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Processo: 405680/2018-0